

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 juillet 1892, à 1 heure.

Par FRANÇOIS PÉCHAUD

Né à Saint-Martin-sur-Ouanne (Yonne) le 25 décembre 1868

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique (1891).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

D'UNE DES VARIÉTÉS CLINIQUES

DE L'ADÉNITE CERVICALE TUBERCULEUSE

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. BOUCHARD, professeur.

BRUN

CHANTEMESSE } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554026_0012

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 juillet 1892, à 1 heure.

Par FRANÇOIS PÉCHAUD

Né à Saint-Martin-sur-Ouanne (Yonne) le 25 décembre 1868

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique (1891).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

D'UNE DES VARIÉTÉS CLINIQUES

DE L'ADÉNITE CERVICALE TUBERCULEUSE

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. BOUCHARD, professeur.

BRUN
CHANTEMESSE } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique ...	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUD.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RICARD.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	ROBIN (Albert).
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	SCHWARTZ.
BRUN.	HUTINEL.	vaux anatomiques.	SEGOND.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTÉLER.	WEISS.
DEJERINE.	MARIE.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. FAISANS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA Pitié

M. PANAS

PROFESSEUR D'OPHTALMOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. GÉRIN-ROZE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOSIÈRE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. MARCHAND

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

M. PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ACCOUCHEUR A LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
D'UNE DES VARIÉTÉS CLINIQUES
DE L'ADÉNITE CERVICALE TUBERCULEUSE

INTRODUCTION

Pendant notre année d'externat à l'hôpital Saint-Louis, il nous fut donné d'observer dans le service de notre maître M. le docteur Marchand plusieurs cas d'adénite cervicale tuberculeuse à forme et à marche spéciales.

Ces quelques observations sont le point de départ de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait un travail absolument nouveau et original. Cette variété de tuberculose ganglionnaire peut dans certains cas aboutir à la forme décrite dans tous les traités classiques. Mais elle peut aussi rester longtemps dans cet état. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il était utile d'en esquisser une étude qui, placée sous les auspices de notre maître, ne peut qu'être favorablement accueillie du public médical si imparfaite soit-elle.

C'est sur les conseils de notre maître que nous avons

commencé ces recherches. Qu'il veuille bien recevoir le témoignage de notre profonde reconnaissance pour les saines notions de chirurgie qu'il s'est efforcé de développer en nous et pour la sollicitude qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant la durée de nos études.

M. le docteur Monod professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine et M. Jayle interne du service voudront bien recevoir nos remerciements les plus sincères pour les renseignements qu'ils nous ont donnés, et les indications qu'ils nous ont fournies.

Qu'il nous soit permis de témoigner ici notre profonde reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux : à M. le docteur Faisans qui a guidé nos premiers pas dans l'étude de la médecine et la pratique de l'auscultation ; à M. le professeur Panas dans le service duquel nous avons passé avec fruit et avantage une année d'externat ; à M. le docteur Gérin-Roze qui nous a appris à établir un diagnostic ferme et à instituer une thérapeutique rationnelle.

Nous ne pouvons terminer sans acquitter une dernière dette de reconnaissance, envers notre oncle M. l'abbé Péchaud qui fut notre professeur au début de nos études littéraires et n'a jamais cessé de nous combler des témoignages de sa sollicitude bienveillante et éclairée.

Enfin nous prions M. le professeur Panas d'agréer l'assurance de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Division.

Dans cette contribution à l'étude de l'adénite cervicale tuberculeuse toute notre attention s'est portée sur cette variété clinique qui par son peu de tendance à la suppuration, par son isolement au milieu des organes voisins laisse le diagnostic en suspens entre lymphadénome, hypertrophie ganglionnaire simple et tuberculose des ganglions.

Nous appuyant sur les travaux publiés à ce sujet par les divers auteurs, nous décrirons les phases nombreuses par lesquelles est passée cette question. Nous exposerons ensuite les symptômes cliniques et les lésions anatomo-pathologiques de l'affection, nous en discuterons le diagnostic et dans un chapitre spécial nous passerons en revue les divers modes de traitement dont les uns sont tombés dans l'oubli et dont les autres jouissent encore d'une réputation plus ou moins méritée.

Nous terminerons cette étude par la publication de neuf observations dont les sept premières sont inédites et ont été recueillies à Saint-Louis et à Saint-Antoine.

Nous avons pris dans les livres d'opération de MM. les

docteurs Marchand et Monod tous les cas de cette variété d'adénite cervicale tuberculeuse que ces chirurgiens ont traités depuis trois ans environ. C'est donc une statistique impartiale qui nous permettra d'être affirmatif au point de vue du traitement.

Discussion et historique.

L'adénite cervicale tuberculeuse a été souvent étudiée chez les jeunes soldats sous le nom d'adénite cervicale des militaires à une époque où l'on n'avait encore que des notions absolument imparfaites sur les manifestations locales de la tuberculose.

Ainsi Amédée Follet, dans les conclusions d'un mémoire sur l'adénite cervicale chez les militaires (1844) (dit que cette affection est une maladie toute locale, une inflammation probablement, due à une cause locale qui pour lui n'est autre que les frottements répétés du col du vêtement.

Il repousse toute diathèse, scrofuleuse ou autre, et pour cela il s'autorise de ce que les sujets atteints sont des hommes bien portants, ou paraissant tels, et ayant dépassé l'âge de la puberté.

En 1852 dans un mémoire sur l'adénite cervicale des jeunes militaires, H. Larrey arrivait à des conclusions semblables. Il ne voyait lui aussi que l'affection locale qu'il attribuait soit au col du vêtement, soit au froid humide venant frapper le soldat à travers les lucarnes de la guérite.

Dans sa thèse parue en 1874, Lauzeral qui s'est occupé de la même question admet comme étiologie les mêmes causes locales que Follet et Larrey, mais il accorde une

certaine importance aux causes générales. Il incrimine la disposition des chambrées, la mauvaise nourriture, etc...

Un pas encore et il en arrivait aux conclusions de Clavelin (Th. de Paris, 1881).

« Le changement de vie chez nos soldats est une cause occasionnelle sérieuse de la tuberculisation des ganglions lymphatiques. Ils sont accoutumés à vivre à l'air libre et à travailler dans les champs. Arrivés au corps ils sont entassés dans les casernes et respirent un air confiné. Leur nourriture est parfois insuffisante, au moins dans les premiers mois qui suivent leur arrivée ».

Du reste les recherches de Kiener et de Poulet ont mis hors de doute la nature tuberculeuse de l'adénite cervicale des militaires.

En 1889 à la Société de chirurgie, Ricard s'est élevé contre la tendance que l'on avait à éliminer l'hypertrophie simple au profit de la tuberculose ganglionnaire. « En clinique, dit-il, on reconnaît l'adénite simple au petit nombre de ganglions, à l'absence d'égrègements de petits foyers, à l'absence d'adénopathies dans d'autres régions, au siège sus-hyoïdien à peu près constant, à l'évolution bénigne sans suppuration et cela pendant des années. Ces ganglions une fois enlevés on n'y voit ni à l'œil nu, ni à l'inoculation expérimentale les caractères de la tuberculose. C'est peut-être une adénite chronique à point de départ buccal ».

Que l'hypertrophie simple existe, nul ne songe à le nier. Mais avec les progrès de l'histologie et de la bactériologie on en a tellement restreint le nombre des cas qu'il serait

souvent imprudent pour ne pas dire impossible, d'en affirmer le diagnostic avant l'opération en se basant uniquement sur ses caractères cliniques qui nous le verrons prochainement confiner à ceux de la variété d'adénite tuberculeuse que nous nous sommes proposé de décrire.

Symptômes et diagnostic.

Un enfant ou plus souvent un adulte ayant à peine dépassé l'âge de la puberté présente au niveau du cou une tumeur dont le volume peut varier depuis la grosseur d'un œuf de poule jusqu'à celle d'une tête de fœtus. Cette tumeur date de un an environ. Elle a grossi sans douleur ni inflammation. Elle a contracté des adhérences avec les organes voisins tant superficiels que profonds. On sent qu'elle est formée d'un plus ou moins grand nombre de ganglions dont les uns sont encore solides et fermes et les autres fluctuants et ramollis. Le sujet est issu de souche tuberculeuse ou présente lui-même des signes de lésions tuberculeuses viscérales ou autres.

Si l'on suit l'évolution de la tumeur on voit qu'elle ne tarde pas à s'abcéder. Elle s'ouvre au dehors et suppure pendant des mois, des années. Il reste des fistules d'une longueur désespérante à guérir et qui laissent à leur place ces cicatrices non seulement difformes mais encore vicieuses, inextensibles et courtes qui fixent la tête dans une position invariable (Torticolis cutané cicatriciel).

Telle est la marche habituelle de l'adénite cervicale tuberculeuse. Le diagnostic ne saurait être douteux. Il s'impose au praticien.

Mais il en est une autre variété qui ne présente pas des

signes cliniques aussi nets et qu'il est cependant important, surtout au point de vue du pronostic, de ne pas confondre avec l'hypertrophie ganglionnaire simple ou avec du lymphadénome.

Thaon a fort bien décrit en quelques lignes cette variété d'adénite tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

« On rencontre, dit-il, ces ganglions tuberculeux chez des sujets encore assez jeunes, n'ayant présenté jusque là aucun signe de tubercule ni de scrofule. Ils se présentent sous forme de masses volumineuses, pouvant atteindre le volume d'une tête de fœtus ; ils siègent de préférence sur la partie latérale du cou. Ce sont des tumeurs globuleuses ayant la forme d'un sphéroïde, ou bien elles sont aplaties, irrégulièrement quadrilatères. Elles sont indolentes, ont une consistance variable, le plus souvent inégales sur les divers points de leur surface ; elles sont rénitentes et élastiques ; elles sont enchâssées profondément dans les muscles, mais se déplacent en totalité et n'adhèrent pas à la peau.

» Cette forme d'écrouelle ganglionnaire intéresse surtout les chirurgiens qui se préoccupent à bon droit de la distinguer des autres dégénérescences des ganglions, notamment du sarcome et des lymphomes ganglionnaires.

» Il n'est pas rare qu'une erreur de diagnostic ou le danger de voir la tumeur atteindre un développement trop considérable ne décide les chirurgiens à opérer les mala-

des, et on a ainsi la bonne fortune d'étudier ces tumeurs dans les conditions les plus favorables.

« Parmi les nombreux ganglions qui composent ces masses considérables, les uns sont tout à fait lisses à la coupe, d'une coloration grisâtre, uniforme et offrent au microscope tous les degrés de l'inflammation interstitielle. D'autres ont à peu près les mêmes caractères à l'œil nu, mais au microscope montrent des centres de dégénérescence fibreuse, des zones où il ne reste du tissu lymphatique que les mailles du réticulum singulièrement agrandies et remplies de grosses cellules granuleuses. D'autres ganglions offrent des îlots de matière caséuse, des granulations véritables avec leurs cellules embryonnaires, leurs cellules géantes. Enfin il en est qui sont tout à fait caséux.

« Pourquoi cette grande diversité dans les lésions ? Elle est probablement favorisée par la lenteur dans le processus, lenteur qui amène la prédominance du tissu fibreux dans ces ganglions dégénérés ; mais la signature anatomique, la granulation tuberculeuse est toujours là. Aussi ces masses ganglionnaires appartiennent-elles à la tuberculose. Elles lui appartiennent aussi bien que ces lésions complexes que l'on rencontre dans certains poumons chez les phthisiques, et qui sont constituées par la sclérose en nappe, par des noyaux caséux, par des granulations ordinaires ».

A cette description nous n'avons rien à ajouter. Certains points seulement méritent d'être mis en relief. Ainsi ces foyers de dégénérescence caséuse dont la grosseur varie

depuis le volume d'une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'une noisette sont plus souvent situés à la périphérie qu'au centre de la tumeur sans cependant jamais détruire la coque du ganglion.

De plus ce ne sont pas toujours les plus gros ganglions qui présentent les dégénérescences les plus avancées. Il n'existe aucune relation entre le volume de la tumeur et son degré de tuberculisation et de ramollissement.

Si on se base sur les signes attribués au lymphadénome dans tous nos traités classiques : indolence, évolution lente non tendance à la suppuration, état de santé apparente du sujet etc..., est-il facile d'établir dans nombre de cas un diagnostic ferme et exact d'adénite tuberculeuse ? Nous ne croyons pas que ce soit toujours chose aisée ; et dans certains cas l'opération seule suivie de l'examen histologique et bactériologique pourra lever les doutes du chirurgien à cet égard.

Gassmann cite deux cas provenant de la clinique de Wolkmann où le diagnostic ne fut porté qu'après l'extirpation des ganglions ; on les trouva farcis de nodules tuberculeux et de bacilles. Ce qui semblait confirmer avant l'examen direct le diagnostic de lymphadénome, c'était dans l'un des cas la diminution de volume des ganglions sous l'influence du traitement arsenical.

L'adénite chronique présente à peu près les mêmes symptômes que l'adénite tuberculeuse. Le diagnostic est d'ailleurs impossible dans nombre de cas. Nous avons vu qu'il fallait se méfier de ces ganglions qui offrent à la coupe un

aspect tout à fait lisse, une coloration grisâtre, uniforme. Ils sont à la première période de la transformation qui les conduira à la dégénérescence caséuse. L'adénite chronique simple reconnaît en général pour cause une lésion de voisinage, dent cariée, angines à répétition etc... ; ou bien elle succède à l'adénite aiguë.

Le diagnostic avec l'adénopathie cancéreuse est plus facile. Il ne pourrait y avoir de difficulté que dans le cas où le foyer cancéreux primitif serait situé dans une région difficilement accessible à la vue et au toucher.

L'adénite syphilitique se reconnaîtra soit par les antécédents du malade, soit par la présence du chancre sur les lèvres, soit par la recherche des ganglions de la nuque où Ricord a l'habitude d'aller tâter le poulx à la vérole.

Pronostic et traitement.

Le pronostic de l'adénite cervicale tuberculeuse découle de la nature même de l'affection. Il est toujours imprudent de laisser dans l'économie un foyer d'infection d'où peuvent partir les germes de la tuberculose viscérale.

D'un autre côté ces ganglions peuvent à la longue contracter des adhérences avec les organes voisins, suppurer, laisser des fistules qui épuiseront le malade par leur persistance et leur écoulement abondant.

Il est donc de toute nécessité de détruire cette affection dangereuse. Mais comment intervenir? Ici se place la série des procédés tour à tour vantés et décriés, repris puis rejetés.

Ces procédés peuvent être divisés en procédés médicaux et en procédés chirurgicaux.

I. — PROCÉDÉS MÉDICAUX.

On a tour à tour essayé la compression, les révulsifs ; vésicatoires volants, teinture d'iode en badigeonnage, les pommades à l'iodure de potassium, etc... Mais ces divers procédés n'ont jamais amené de guérison définitive. Tout au plus dans certains cas, ont-ils produit une amélioration

passagère. Dans d'autres même ils paraissent avoir hâté l'établissement de la suppuration et l'ouverture des abcès.

Le D^r Prieur (de Gray) a présenté à l'Académie de médecine en 1864 un rapport intitulé « De l'iode à l'état de métalloïde dans le traitement des adénites scrofuleuses cervicales sus et sous-maxillaires et des adénites inguinales d'origine syphilitique ». Le procédé consiste à appliquer sur la tumeur des lamelles d'iode contenues dans de la ouate qui est elle-même recouverte et débordée par une feuille de gélatine. La quantité d'iode est de un centigramme par centimètre carré. On laisse en place pendant 24-48 heures. Il en résulte une phlyctène remplie de sérosité louche ou purulente ou sanguinolente.

Par ce procédé, Prieur dit avoir obtenu un certain nombre de guérisons. Il faut croire que dans la majorité des cas il s'agissait d'hypertrophie simple.

II. — PROCÉDÉS CHIRURGICAUX.

Non moins nombreux que les précédents.

Legendre qui a vu beaucoup d'adénites tuberculeuses à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer préconise l'emploi du sétou filiforme qu'il a vu donner de très bons résultats entre les mains de son maître Perrochaud. Quelques jours après l'application du sétou, la suppuration du ganglion commence à s'établir et après une moyenne qui varie de trente à quarante jours, la fonte est complète, il ne reste

plus qu'une petite masse dure, formée par la coque, qui permet à la plaie de se cicatriser et n'a aucune tendance à la récédive.

Outre que ce procédé est d'une lenteur désespérante si il y a deux ou trois ganglions à traiter de la sorte, il ne peut être appliqué dans les cas où les ganglions sont nombreux, situés profondément jusque sous le sterno-cléido-mastoïdien. De plus il expose à la production d'un adéno-phlegmon avec toutes ses complications.

Dans ces dernières années on a beaucoup vanté les injections d'un liquide irritant dans le ganglion : acide phénique, teinture d'iode, chlorure de zinc, éther iodoformé, naphthol camphré, etc... La substance du ganglion serait profondément modifiée et on obtiendrait ainsi la régression et la disparition de la tumeur.

Certes ce procédé a donné dans certains cas et entre les mains de certains chirurgiens d'excellents résultats. Mais il nous semble offrir des inconvénients tels qu'on doit en pratique en restreindre l'usage.

Et tout d'abord il n'est nullement à l'abri des critiques adressées au précédent. Il ne peut être appliqué que quand les ganglions sont en assez petit nombre et assez superficiels ; et comme le séton filiforme, il expose à l'inflammation et à la suppuration.

Ce traitement d'ailleurs n'est pas sans dangers. Nous avons vu dans un des services hospitaliers de Paris un cas de mort subite chez une jeune fille à la suite d'une injection de teinture d'iode. Et cependant toutes les précautions

qu'on a l'habitude de prendre en pareil cas avaient été prises avec soin. L'aiguille introduite d'abord, on avait attendu une minute environ pour voir s'il ne s'écoulerait aucune goutte de sang avant d'ajuster le corps de la seringue et de pousser l'injection. Et si de pareils accidents arrivent à nos maîtres dans les hôpitaux, ne devons-nous pas les craindre dans notre clientèle privée !

Nous ne pouvons donc adopter complètement les conclusions de Bradley au 43^e congrès annuel de l'Association médicale anglaise (1875) où il pose les trois règles suivantes :

1^o Employer les injections iodées dans les cas d'hypertrophies ganglionnaires non suppurées.

2^o Inciser dans les cas où la suppuration est établie.

3^o Extirper les glandes strumeuses qui reposent sur un tissu cellulaire suppuré et les tumeurs encapsulées qui ont résisté à l'injection iodée.

Nous pensons que commencer à traiter par les injections iodées les tumeurs enkystées, indépendantes les unes des autres, c'est s'exposer à produire une péri-adénite avec adhérences et se préparer une besogne laborieuse lorsque l'extirpation sera reconnue indispensable.

Il ne nous reste plus à envisager que la méthode d'extirpation. Il est évident que nous omettons à dessein l'incision avec ou sans grattage qui ne peut s'appliquer qu'au cas où la suppuration est nettement établie, les abcès étant ouverts au dehors ou en imminence de s'ouvrir. Nous sommes ici dans des conditions absolument différentes.

L'extirpation des glandes du cou comme moyen de traitement a été pratiquée de tout temps, par Galien lui-même. Sanctorius en fait le seul mode de guérison de l'adénite : *Ergo strumæ nunquam sanabuntur nisi evellantur*. Tombée dans l'oubli elle a été remise en honneur par Larrey, père, qui l'a pratiquée avec succès. Les chirurgiens du commencement du siècle suivant en cela son exemple la faisaient couramment. Elle fut abandonnée à nouveau après quelques faits malheureux tels que l'entrée de l'air dans les veines, accident arrivé à Ph. Roux, la phlébite, l'infection purulente.

Fischer sur un relevé d'un très grand nombre de cas a trouvé 35 0/0 de guérisons, 16 0/0 de morts et le reste d'insuccès ou de guérisons incomplètes.

En 1870, à la Société de chirurgie, Broca présentait un malade âgé de 18 ans portant sur le côté gauche du cou une masse de ganglions hypertrophiés du volume d'une tête d'enfant. Depuis six mois la tumeur faisait des progrès considérables. Il sollicitait l'avis de ses collègues.

Desprès, Trélat, Marjolin, furent pour l'abstention par crainte d'hémorrhagie grave. Au contraire, Giralès, Legouest, Larrey furent d'avis d'opérer complètement le malade et en une seule séance. Partagé entre ces avis contraires, Broca se décida à enlever la tumeur mais en deux reprises.

Depuis les nouvelles études sur la tuberculose locale, l'extirpation a été reprise en Allemagne et Poulet ayant, en collaboration avec Kiéner, démontré la nature tubercu-

leuse de ces masses ganglionnaires, pense qu'il n'y a rien à attendre de l'hygiène et des autres moyens médicaux, tandis qu'une intervention chirurgicale s'impose pour enlever le foyer infectieux qui menace sans cesse l'économie.

Dans la discussion soulevée à cet effet à la Société de chirurgie (1884) Desprès et Verneuil repoussent toute intervention chirurgicale comme dangereuse à cause des hémorrhagies, et inutile dans ses résultats plus ou moins éloignés.

Richelot préconise les injections interstitielles de teinture d'iode.

Trélat depuis la discussion soulevée à propos du malade de Broca s'est rallié à la méthode de Larrey. Il est partisan de l'extirpation de toute la masse ganglionnaire que le traitement général n'améliore jamais.

En 1885 John Fagan donne le manuel opératoire de cette opération qu'il préconise surtout quand les glandes sont bien isolées et superficielles.

Aujourd'hui cette opération est pratiquée couramment par un grand nombre de chirurgiens et les accidents ne sont pas plus fréquents en opérant dans cette région que dans une autre.

En effet quelles sont les objections que l'on a faites à cette méthode ? Elles ne sont pas nombreuses mais paraissent graves au premier abord.

L'extirpation, a-t-on dit, expose aux hémorrhagies et à la pénétration de l'air dans les veines, d'où, mort subite. Certes nous ne nions pas ces hémorrhagies mais elles sont

peu fréquentes et prennent rarement un caractère alarmant. Dans nos observations nous en relevons un cas. Aucune suite fâcheuse n'en est résulté pour le malade. De plus on voit que dans cette variété d'adénite que nous décrivons, les hémorrhagies primitives sont rares et ne proviennent que de la rupture d'un petit vaisseau, les glandes n'ayant qu'exceptionnellement contracté des adhérences avec le paquet vasculo-nerveux.

La septicémie, l'infection purulente, étaient de terribles complications il y a quelques années et l'on comprend l'hésitation des chirurgiens de ce temps-là en présence d'une opération longue, exposant à l'air une large surface dans une région voisine de la face et du cuir chevelu où les érysipèles chirurgicaux étaient si fréquents.

Mais actuellement, grâce à l'asepsie et à l'antisepsie, de pareils accidents ne sont plus à redouter. Nous voyons que dans nos observations il y a presque toujours eu réunion par première intention.

Et d'ailleurs si l'extirpation avait encore besoin qu'on plaide en sa faveur, nous n'aurions qu'à nous rappeler, que dans nombre de cas, le diagnostic ne peut se faire qu'après l'opération. Au point de vue du traitement il importe peu que nous ayons affaire à l'hypertrophie chronique simple, au lymphadénome ou à la tuberculose. Car dans le premier cas le malade en est quitte pour une opération bénigne qui le débarrasse rapidement et à laquelle il eut été peut-être forcé de recourir ultérieurement ; dans les deux autres cas c'est le seul traitement possible. Mais au point de vue

du pronostic nous pouvons prendre des précautions pour empêcher une récurrence, soit dans les ganglions des autres régions, soit dans les viscères. L'hygiène et un régime spécial peuvent nous donner dans les cas de tuberculose des résultats, des succès que nous ne saurions espérer dans le lymphadénome.

John Fagan nous donne le manuel opératoire qui préside à toutes ses extirpations de ganglions. Il fait une incision le long du sterno-cléido-mastoïdien, dissèque la région, met à nu le ganglion, le traverse avec une aiguille courbe, et le décortique en opérant de légères tractions de manière à l'énucléer complètement.

On peut remplacer l'aiguille courbe par une pince de Museux et si par une première incision on éprouvait de la difficulté à aller à la recherche de tous les ganglions on peut en faire une seconde sur le bord opposé du sterno-cléido-mastoïdien.

On fait un grand lavage de la plaie à l'aide d'une solution antiseptique. Réunion aux crins de Florence. Drainage à la partie la plus déclive. Pansement iodoformé avec un peu de compression.

Le drain est enlevé vers le troisième jour environ ; et en général la plaie s'achemine vers la guérison sans suppuration ni fistule.

On ne doit jamais négliger de soumettre le malade à un traitement général qu'il continuera aussi longtemps qu'il sera utile. L'huile de foie de morue, les arsenicaux, en un mot tous les fortifiants seront la base de ce traite-

ment. La campagne, les bains de mer et certaines stations thermales ne pourront que hâter la guérison et retarder, sinon empêcher, la généralisation de l'affection tuberculeuse ou sa localisation viscérale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Le nommé L. Th..., âgé de 47 ans, bijoutier, entre le 4 avril à l'hôpital St-Antoine, salle Blandin.

A. H. Le père est en cours de tuberculose pulmonaire. La mère est bien portante. Deux frères sont morts en bas âge, présentant les mêmes tuméfactions ganglionnaires que le malade. Il a trois sœurs ; deux sont bien portantes la troisième semble atteinte de tuberculose pulmonaire.

A. P. A eu une angine à l'âge de deux ans. Dans son enfance il a eu des écoulements de l'oreille gauche, qui lui ont laissé un peu de surdité de ce côté.

Début. Depuis l'âge de deux ans il porte du côté gauche une masse ganglionnaire qui s'étend depuis l'oreille jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur. Cette tumeur, qui était restée stationnaire jusqu'à l'âge de douze ans, s'est mise à grossir rapidement à partir de cette époque.

En avril 1889, M. Monod pratique l'extirpation de neuf ganglions dont trois atteignaient le volume d'un gros marron. Le poids total était de soixante-treize grammes. Le malade sortit guéri le 25 mai.

Malgré cette opération qui probablement n'avait pas été complète et n'avait porté que sur les plus gros ganglions, la tumeur ne tarde pas à se reproduire. Elle augmente rapidement de volu-

me et dans les premiers jours de cette année elle atteint la grosseur d'une mandarine.

Derrière la précédente, à la même époque sont apparues deux autres tumeurs sur les parties latérales du cou au-dessous de la région mastoïdienne. Aujourd'hui elles ont acquis le volume de la première.

Au mois de décembre 1891, une nouvelle tumeur est apparue dans l'aisselle gauche, une autre s'est montrée dans la région sus-claviculaire au-dessous des précédentes.

Enfin il y a quelques mois, s'est développée du côté droit du cou une tuméfaction encore peu volumineuse, symétrique à la première et paraissant rester stationnaire.

Etat actuel. A son entrée à l'hôpital le malade est absolument difforme. La tuméfaction qu'il porte sur les parties latérales gauches du cou est en effet énorme et s'étend depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule ; et dans le sens antéro-postérieur depuis la ligne médiane en avant jusqu'à la ligne médiane en arrière.

Les ganglions qui composent cette masse sont mobiles, durs, non ramollis, et peuvent être divisés en deux groupes : l'un antérieur au-devant et au-dessus du sterno-cléido-mastoïdien ; l'autre postérieur derrière ce muscle s'étend jusqu'à la nuque. Il est difficile d'évaluer même approximativement le nombre de ganglions compris dans chaque groupe.

A droite dans la région sterno-mastoïdienne on sent deux ou trois ganglions qui siègent certainement sous le muscle. Dans l'aisselle du côté gauche on trouve une masse donnant la sensation de deux ou trois ganglions réunis.

Le malade porte en outre à gauche une cicatrice provenant de l'opération de 1889.

Diagnostic. — Adénite tuberculeuse. Comme on pense aussi au lymphadénome, on pratique l'examen du sang. Le nombre et la

proportion des globules blancs et des globules rouges sont normaux.

L'opération a lieu le 23 avril 1892. M. Monod pratique une incision oblique longue de huit centimètres environ entre les deux groupes désignés avec l'intention de pratiquer ensuite deux incisions perpendiculaires pour agrandir le champ opératoire. Les ganglions s'enlèvent facilement. Il suffit d'inciser leur coque pour que l'énucléation devienne facile. Sans que les incisions perpendiculaires soient nécessaires on peut enlever vingt et un ganglions de volume variable.

Sutures profondes au catgut ; superficielles aux crins de Florence. Drains. L'opération a duré une heure.

27 avril. — Pas de fièvre ; pansement. On enlève les drains.

30. — On enlève les fils. Réunion par première intention.

8 mai. — On pratique une deuxième opération pour les ganglions de l'aisselle. Incision longitudinale de 4 centimètres environ qu'on est obligé d'agrandir. Les ganglions de l'aisselle sont en effet fusionnés en une seule masse du volume d'une grosse mandarine. Après l'issue de cette grosse masse qui s'énuclée facilement on enlève un ganglion isolé.

Hémorrhagie assez difficile à arrêter. Sutures. Drainage.

Ablation du drain le 12 mai, des fils le 15 mai.

Le malade part à Vincennes le 21 mai.

Il revient dans la salle dans les premiers jours de juin. La cicatrisation est complète.

Examen histologique et bactériologique des ganglions pratiqué par M. Gastou, interne à St-Antoine.

Les ganglions soumis à l'examen étaient de volume différent, quelques-uns atteignant les dimensions d'une petite pomme d'api, d'autres au contraire plus petits qu'une noisette.

Généralement durs, leur capsule était congestionnée. A la coupe ils présentaient un aspect lardacé, gris-rougeâtre.

Sur quelques-uns il existait des points dont la couleur jaune était plus accentuée. En raclant la surface de la coupe on obtenait un peu de suc. En aucun point il n'existait de caseification nette.

Le 14 mai un de ces ganglions est inoculé à un cobaye, dans la cavité péritonéale.

D'autres ganglions durcis dans l'alcool sont coupés, et les coupes colorées au picro-carmin, à l'hématoxyline au Ziehl, soumises au Kuehne sont examinées successivement avec les objectifs: 0g. 2. 7. de Verick et l'oculaire 3.

Faible grossissement (0 g. 0). Substance corticale. L'aspect lobulé n'est plus net, les follicules ne se dessinent plus et sont dans presque tous les points confondus entre eux.

Dans la substance médullaire l'aspect est uniforme avec des taches plus colorées.

Il semble que la coupe soit constituée par deux parties: l'une jaunâtre formant le fond, l'autre fortement colorée en trainées irrégulières disséminées surtout dans la portion corticale ou bien en amas dans les deux régions corticale et médullaire. Par places des points rouges entourant un centre jaunâtre

A un plus fort grossissement (0 g.. 2 Ver.).

Les parties colorées sont constituées par des restes de follicules et des trames médullaires. L'ensemble jaunâtre, mal coloré, correspond aux sinus lymphatiques et surtout à la substance médullaire.

Les points rouges et jaunes au centre sont des nodules caséux en voie d'évolution. Ils sont surtout très abondants dans toute la substance corticale.

On ne voit aucun vaisseau artériel ou veineux, aucun capillaire si ce n'est dans la substance médullaire ou quelques artérioles se montrent avec une tunique interne épaissie.

Avec l'objectif 5 et l'oculaire 3 Verick.

Les traînées rouges sont formées de cellules lymphatiques normales. Le fond jaune pâle est constitué par un réseau conjonctif très ténu entre les mailles duquel sont des cellules lymphatiques très gonflées et déformées, dont le noyau est augmenté de volume et le protoplasma granuleux difficile à colorer.

Dans les nodules à apparence caséuse il existe de nombreuses cellules géantes dont quelques-unes semblent s'être formées aux dépens d'une artériole tandis que d'autres occupent le centre du follicule.

En résumé, à première vue ces ganglions ne présentent pas nettement l'aspect de ganglions tuberculeux. Il serait difficile d'affirmer leur nature tuberculeuse s'il n'existait pas de formations géantes. L'ensemble de la coupe, sa coloration difficile, l'aspect des cellules plus ou moins granuleuses rappelle « la nécrose de la coagulation ». Dans ces ganglions la transformation est au début, au premier stade de son évolution. Les coupes ne contenaient aucun bacille de Koch ; on y voit de petits microcoques plus abondants dans les parties ayant l'aspect de la nécrose de la coagulation.

Inoculation à un cobaye dans le péritoine. — Mort 21 jours après de tuberculose abdominale et thoracique.

Le 14 mai un cobaye du poids de 400 grammes est inoculé dans le péritoine avec un ganglion. La plaie suppure pendant deux jours et se cicatrise rapidement.

14 mai.	400 grammes
16 . »	375 »
20 »	375 »
23 »	365 »
26 »	370 »
28 »	380 »
31 »	395 »

1 ^{er} juin.	380 grammes
2 »	380 »
3 »	385 »
4 »	382 »
5 »	365 »
6 »	372 »
7 »	380 »
8 »	380 »
9 »	380 »
10 »	375 »
11 »	340 »
12 »	335 »
13 »	320 »
14 »	300 »
15 »	275 »

Le cobaye meurt le 16 juin.

Autopsie. — Pas de liquide dans le péritoine. Masse caséuse du volume d'une noix dans l'épiploon. Rate énorme, plonge dans l'abdomen et contient des noyaux caséux non suppurés.

Le foie est parsemé à sa périphérie de plaques d'aspect caséux, qui pénètrent sous forme de coins dans le parenchyme hépatique. A la coupe il existe sur toute la surface de la dilatation des veines sus-hépatiques, tandis que le reste du lobule est blanc-grisâtre. Pas de nodules caséux dans la profondeur du foie.

Les reins sont blanc-jaunâtre à la périphérie et parsemés de taches vasculaires à la coupe, la substance corticale semble épaissie ; les capsules surrénales sont congestionnées.

Le poumon gauche, rouge cerise, présente sur son bord antérieur une plaque caséuse. Le poumon droit a des plaques de même nature disséminées à la surface et dans le parenchyme. Tous deux sont emphysémateux et à la coupe donnent une sérosité rougeâtre.

Le cœur est gorgé de sang ; le myocarde est pâle ; rien dans l'endocarde.

Le gros intestin, l'intestin grêle sont distendus sans altérations apparentes.

L'urine jaune pâle, alcaline, contient de l'albumine, des cristaux rouges et blancs, et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. On y trouve en outre des cellules épithéliales.

L'examen bactériologique montre dans le pus des ganglions caséux de l'épiploon des bacilles de Koch.

OBSERVATION II.

Le nommé S. E..., âgé de 19 ans, est entré le 25 novembre 1891, salle Cloquet, n° 18.

Adénite tuberculeuse bilatérale. Les ganglions sous-maxillaires, parotidiens et sterno-mastoïdiens forment de grosses boules marbrées, indépendantes les unes des autres, roulant sous la peau qui elle-même est saine.

Opération le 24 décembre. Du côté droit, M. Marchand fait une incision courbe parallèle à l'angle de la mâchoire et une autre incision qui suit le bord du sterno-cléido-mastoïdien.

A gauche une incision le long du bord antérieur et une seconde le long du bord postérieur de ce muscle.

Par une dissection soignée on extirpe tous les ganglions. Les vaisseaux étant très nombreux, il se produit une abondante hémorragie qui nécessite l'emploi de pinces à demeure.

Les suites opératoires ont été très bonnes. Seule la plaie du côté gauche ayant suppuré ne s'est réunie que par seconde intention.

Le malade qui était sorti étant encore en traitement, a été revu quelque temps après, absolument guéri de ses deux plaies.

OBSERVATION III.

Le nommé L. E..., âgé de 16 ans, lithographe, est couché au n° 43, salle Cloquet.

Adénite tuberculeuse de la région parotidienne et sus-hyoïdienne gauche. Les ganglions sont isolés, marronnés, sans adhérences à la peau ni aux parties profondes. La peau est saine à leur niveau.

La tumeur qui date de trois ans a évolué sans douleurs et d'une manière chronique.

Opération le 15 mars 1891. L'extirpation présente certaines difficultés à cause de quelques adhérences au paquet vasculo-nerveux. On retire cinq ganglions du volume moyen d'une petite noix, très isolables les uns des autres. Ils sont ramollis au centre. Mais leur gaine n'est pas intéressée.

Sur la plaie on fait un pansement iodoformé et on met un drain.

Le malade est sorti guéri le 2 avril 1891.

OBSERVATION IV.

Le nommé S. L..., âgé de 17 ans, est entré le 4 avril 1889 à St-Antoine, dans le service de M. Marchand, salle Broca, n° 23.

Adénite cervicale tuberculeuse du côté droit. Il existe un ganglion isolé, mobile, dur, non adhérent, soit à la peau, soit aux parties profondes.

Extirpation le 17 avril. Le drain est enlevé au deuxième jour. La réunion se fait par première intention sans fièvre et le malade sort guéri le 29 avril 1889.

OBSERVATION V.

La nommée L..., 32 ans, lingère, est entrée le 3 juin 1890 à l'hôpital St-Louis, service de M. Marchand.

Adénite cervicale de la chaîne sterno-cléido-hyoïdienne gauche. On fait deux incisions parallèles aux bords antérieur et postérieur du sterno-mastoïdien. L'incision antérieure est réunie immédiatement, la seconde quarante-huit heures après une pince ayant été laissée sur la veine jugulaire.

Réunion de ces deux plaies par première intention quatorze jours après.

OBSERVATION VI.

Hulin Désiré, 17 ans, garçon boucher, entré à St-Antoine dans le service de M. Monod le 17 novembre 1890.

Adénite tuberculeuse du cou. Extirpation des ganglions malades le 20 novembre. Réunion par première intention sans drainage.

Sorti guéri le 29 novembre.

OBSERVATION VII.

Le nommé Vony Jean-Marie, 18 ans, tailleur de pierres, est entré à l'hôpital St-Antoine dans le service de M. Monod le 19 octobre 1891. Il était atteint d'une adénite tuberculeuse du cou remontant à son enfance. Les ganglions étaient mobiles.

Ablation de la tumeur. Drainage. Le malade sort guéri le 11 novembre.

OBSERVATION VIII. — CLAVELIN, Th. de Paris, 1881.

D. S..., 39 ans, brocheuse, entrée à l'hôpital le 2 septembre 1881. Elle porte dans les régions sus-claviculaire et parotidienne du côté gauche une chaîne de ganglions situés sous le sterno-cléido-mastoïdien variant du volume d'une noisette à celui d'une grosse noix. Le début remonte en février 1890. Les ganglions sont indolents, mobiles.

La malade a commencé à tousser et à maigrir cinq mois avant

le début de l'affection actuelle. Elle meurt de tuberculose pulmonaire le 23 octobre 1891.

OBSERVATION IX. — LANZERAL, Th. Paris 1874.

Gaschet, soldat, 24 ans, entré le 24 février 1873 au Val-de-Grace.

Il porte sur le côté droit du cou une tumeur ganglionnaire formée d'un très grand nombre de petits ganglions durs, mobiles, faciles à déplacer. Le début de l'affection remonte au mois d'avril 1881.

Dans le creux de l'aisselle et à la région inguinale les ganglions sont normaux.

Traité par les toniques ; quinquina ferrugineux, on ne constate aucune amélioration notable.

CONCLUSIONS

1° Il existe une variété d'adénite cervicale tuberculeuse qui par la mobilité de ses ganglions, par leur isolement des organes voisins, par leur manque de périadénite, forme un groupe à part qui est souvent confondu soit avec du lymphadénome, soit avec de l'hypertrophie chronique simple.

2° L'examen macroscopique de ces ganglions est souvent impuissant pour trancher la difficulté. L'examen histologique et les inoculations donnent seuls des preuves convaincantes.

3° L'extirpation nous semble le meilleur traitement de cette variété d'adénite.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
PANAS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bradley.** — 43^e congrès annuel de l'*Association médicale anglaise*,
octobre 1875.
- Broca.** — *Société de chirurgie*, 1870.
- Clavelin.** — Thèse de Paris, 1881.
- John Fagan.** — *The Dublin Journal of med. science*, 1884.
- Lanzeral.** — Thèse de Paris, 1874.
- Legendre.** — Thèse de Paris, 1872.
- Prieur.** — *Bullet. Acad. de médec.*, 1864.
- Ricard.** — *Société de chirurgie*, novembre 1889.
- Thaon.** — *Progr. médic.*, 1878, page 22.
-

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.
